

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

VANESSA DE SOUSA GUIMARÃES

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NO COTIDIANO DE PACIENTES
DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E EM PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

RIO DE JANEIRO / RJ

2014

Vanessa de Sousa Guimarães

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NO COTIDIANO DE PACIENTES
DE LONGA PERMANENCIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E EM PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau em bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador (a): Lisete Vaz

Co-Orientador (a): Ana Maria Quintela Maia

RIO DE JANEIRO

2014

Dedico este trabalho aos meus pais, a todos os meus familiares e a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que estão sempre me apoiando nos momentos pelos quais mais preciso, pelo amor e exemplo de vida que eles representam para mim.

À Deus que guia meus passos e minha vida.

À professora Lisete Vaz e Ana Maria Quintela Maia pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos os professores do curso, em especial a professora Camila Santiago, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento acadêmico e para construção dos grandes momentos da minha vida.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão”.

(Nise da Silveira)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou-se na década de 1970 e trouxe reflexões importantes para o campo da Saúde Mental. Assim começou a trajetória da desconstrução do cotidiano das instituições e da forma com que a sociedade lidava com a loucura, implementando no Brasil a ideia de desinstitucionalização das pessoas em contexto de longo período de internação. Considerando essas questões, faremos algumas reflexões acerca da importância da terapia ocupacional no cotidiano de pacientes de longa permanência que estão em processo de desinstitucionalização, explicitando como a mesma pode contribuir para esse processo, abordando os benefícios e os desafios de sua intervenção singular. Buscaremos também discutir os conceitos de 'desinstitucionalização' e de 'cotidiano', apresentando como ambos são utilizados no campo da saúde mental e no campo da terapia ocupacional. A partir de uma revisão bibliográfica e das minhas percepções como Acadêmica Bolsista de saúde mental do município do Rio de Janeiro, identificaremos a participação significativa da terapia ocupacional no processo de desinstitucionalização, que contribuirá para a construção de um novo cotidiano do sujeito que encontra-se institucionalizado.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Desinstitucionalização, Cotidiano, Saúde Mental.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 GERAIS.....	2
2.2. ESPECÍFICOS.....	2
3. METODOLOGIA	2
4. A HISTÓRIA DA LOUCURA PELO MUNDO: O INÍCIO.....	3
4.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: MUDANÇA DE PARADIGMAS	4
5. TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL: A TRAJETÓRIA	6
6. ILUSTRAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA: RELATO DE CASO.....	9
7. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: VALORIZAÇÃO DO SUJEITO E RECONSTRUÇÃO DE SUA IDENTIDADE 	10
8. COTIDIANO E TERAPIA OCUPACIONAL: A RETOMADA DA RELAÇÃO SUJEITO-HISTÓRIA	16
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica no mundo ocidental foi marcada pela exclusão, segregação e a estigmatização do doente mental desde o seu início. Os hospitais psiquiátricos que foram criados exclusivamente para tratamento, com o passar do tempo, começaram a apresentar superlotação, deficiência de pessoal, precariedade, maus tratos e miséria, impulsionando assim movimentos de reforma em diferentes lugares no mundo pós-guerra.

No Brasil, em meados da década de 1970, surge a Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento de desinstitucionalização. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, buscava-se a redução progressiva de leitos em instituições manicomial e a criação de serviços substitutivos a internação.

Em muitos dos serviços substitutivos criados, presenciou-se o acontecer de intervenções terapêuticas já resultantes de um novo modo de pensar e fazer a atenção de saúde mental, de uma nova ordenação do trabalho em equipe que se ampliou com a presença de outros atores e a valorização das práticas e dos questionamentos interdisciplinares.

Mângia (2000) expõe os desafios para os terapeutas ocupacionais, a partir dos novos serviços de saúde mental:

“Para a terapia ocupacional há, assim, o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social. Essas preocupações têm deslocado os settings experimentais da T.O, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sócio-familiares de trocas, nosso trabalho. É um amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas” (Mângia, 2000: p.31).

Considerando a importância da participação dos diferentes atores nesse novo cenário e, especificamente, o engajamento de terapeutas ocupacionais em todo o movimento que objetivou a transformação da assistência psiquiátrica brasileira, pretende-se destacar nesse trabalho o envolvimento e as possibilidades que se desenham a partir das intervenções da terapia ocupacional. Além disso, objetiva-se apresentar questões a partir das vivências no Estágio Acadêmico Bolsista de saúde mental do município do Rio de Janeiro em uma instituição psiquiátrica conveniada

ao SUS, que embora compartilhadas no trabalho em equipe, são particulares e possibilitam situar a terapia ocupacional a partir de um vasto campo de atuação, evidenciando ao mesmo tempo a heterogeneidade de suas práticas assistenciais.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Refletir sobre a importância da atuação da terapia ocupacional no cotidiano de pacientes em contexto de internação de longa permanência em hospital psiquiátrico que estão em processo de desinstitucionalização.

2.2. ESPECÍFICOS

- Apresentar o conceito de desinstitucionalização e como ele é utilizado no campo da saúde mental;
- Apresentar o conceito de cotidiano e como ele é utilizado no campo da terapia ocupacional;
- Explicitar como a terapia ocupacional pode contribuir no processo de desinstitucionalização de pacientes longamente internados, abordando os benefícios e os desafios de sua intervenção singular.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica, com base em tema da Saúde Mental e Terapia Ocupacional que perpassam pelas vertentes da Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e Cotidiano.

A revisão bibliográfica foi realizada a partir de consultas a artigos científicos publicados em periódicos nacionais, teses, dissertações e capítulos de livros e livros clássicos especializados.

Somam-se ao corpo deste trabalho as minhas percepções como acadêmica bolsista de saúde mental do município do Rio de Janeiro em uma instituição psiquiátrica conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS, acerca dos aspectos

relacionados ao processo de desinstitucionalização, registradas em caderno de campo no ano de 2013.

4. A HISTÓRIA DA LOUCURA PELO MUNDO: O INICÍO

No período medieval e no Renascimento já era prática aprisionar pessoas consideradas insensatas pela sociedade. Porém esta prática sofreu uma expansão no século XVII. O que seria, de acordo com Barros (1994), uma segregação institucionalizada tornou-se uma exclusão generalizada, ou seja, excluía-se os “loucos” que viviam em uma situação de precariedade, como miséria, pobreza e dificuldade financeira.

Quando a loucura passou a ser considerada incapacidade para o trabalho ou impossibilidade para a integração social, a utilização da internação como medida econômica e de proteção social tornou-se um evento marcante da história da desrazão, período denominado de “grande internação”.

O ano de 1656 foi uma data-referência, ano de criação do hospital de Paris, onde a internação substituiria as medidas de exclusão. Essa nova instituição era destinada exclusivamente aos pobres, para “impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens” (FOUCALT, 1961, p.64). Surgem neste contexto os Hospitais Gerais, com o objetivo de ser um lugar para prestar assistência e repressão e não como uma instituição médica.

A reclusão não era somente dos pobres. Foram internados sem critérios precisos, indigentes, homossexuais, epiléticos, sífilíticos e, principalmente, os loucos. Quando a loucura gerava incapacidade ao indivíduo para trabalhar ou era considerada um distúrbio social, os hospitais gerais eram os novos lugares que abrigariam esta população. Dentro do hospital geral, os indivíduos eram separados e “tratados”, de acordo com o comportamento moral demonstrado.

Nesse momento, segundo Amarante (1995), Philippe Pinel inicia seus trabalhos no hospital e afirma a doença enquanto problema de ordem moral, inaugurando uma forma de tratamento com igual denominação – Tratamento Moral. Ele considerava o trabalho como instrumento terapêutico, utilizando as atividades para oferecer ao paciente uma rotina mais próxima possível do “normal” e assim, através do trabalho, manter a ordem e a disciplina dentro dos hospitais.

Pinel propõe ordenar o espaço conforme os diversos tipos de alienados existentes, indicando o isolamento como “fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los” (AMARANTE, 1995, p. 26).

Assim:

“A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. (...) Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses são doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar” (CASTEL, 1978, p. 83).

O gesto de Pinel de libertar os loucos das correntes não indicou a possibilidade de estar em liberdade, mas proporcionou o início de uma ciência que passou a classificá-los e acorrentá-los como objetos de saberes, discursos e práticas atualizadas cotidianamente na instituição da doença mental, representando assim, de acordo com Amarante (1995), o primeiro e o mais importante passo histórico de reforma da instituição hospitalar.

Após grandes acontecimentos como a Revolução Francesa e as Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir tanto em relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Sobretudo a partir da II Guerra Mundial, as pessoas em geral começaram a olhar mais atentamente para os hospícios e compreenderam que os mesmos deveriam mudar, porque as práticas ocorridas ali eram semelhantes ao que acontecia dentro dos campos de concentração.

Surgem os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica pelo mundo, visando “não mais o aprimoramento e humanização dos hospitais psiquiátricos, mas a extinção dos mesmos, substituindo-os por serviços territorializados de saúde mental, que dispensassem tratamento diferenciado, em liberdade” (GUEDES et al; 2010, p. 547 - 553).

4.1. REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: MUDANÇA DE PARADIGMAS

A assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até recentemente, foi marcada por algumas tendências centrais - a exclusão, a segregação e a estigmatização do doente mental. Nos hospitais psiquiátricos, locais exclusivos de

tratamento, a superlotação, a deficiência de pessoal, a precariedade, os maus-tratos e a miséria foram se intensificando, de maneira que na década de 70 essa situação tornou-se insustentável.

Desde então pode-se apontar acontecimentos importantes que impulsionaram o movimento de desinstitucionalização no país:

- A divulgação da experiência italiana de Trieste;
- A crise na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM;
- O surgimento e a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM;
- A organização dos movimentos sociais e a luta pela redemocratização do país.

Foi somente no final da década de 1980 e início da década de 1990 que esse processo pôde ser implementado, efetivando desse modo algumas propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para Paulo Amarante (1995), além dos acontecimentos descritos, a I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM, realizada em 1987; bem como a intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta pela prefeitura de Santos em 1989, com conseqüente substituição de seu modelo assistencial; e a elaboração do projeto de lei nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado, projeto este que sofreu algumas mudanças sendo sancionado apenas em 2001 transformando-se na lei nº 10.216, também figuraram como marcos relevantes rumo à trajetória da desinstitucionalização.

A lei 10.216/01, na concepção de Amarante (1995), não deve se restringir a uma mera reestruturação da assistência ou simplesmente um rearranjo da instituição tradicional; ao contrário, o que se deve buscar é a noção de transformação estrutural e de processo complexo.

Assim:

“Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade” (Paulo Amarante, 1995: p. 494).

É relevante ressaltar que o movimento da Reforma exigiu, e ainda exige, dos profissionais envolvidos um olhar crítico, sistemático e reflexivo sobre suas próprias práticas. A construção de outra forma de enfrentamento da doença, com vistas à saúde e ao resgate da cidadania, não se molda nem se conforma mais com as práticas clínicas e médicas tradicionais existentes anteriormente.

5. TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL: A TRAJETÓRIA

As ações da Terapia Ocupacional na área de saúde mental, de acordo com Mângia e Nicácio (2001), acompanham e respondem às influências e desafios que envolvem novas formas de pensar e agir frente às transformações nas instituições e nas políticas de saúde.

Essa reflexão inicia-se quando surge uma nova forma de gerir a loucura, quando começou-se a desenvolver um corpo de conhecimento essencial para administrar a doença mental – a psiquiatria. Tal trajetória, que teve como principais fundadores Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra, é amplamente conhecida tanto na literatura da história da psiquiatria quanto na história da Terapia Ocupacional, tendo como principal modelo de intervenção terapêutico o Tratamento Moral.

Esse primeiro modelo formulado, tinha sua terapêutica empreendida visando reconduzir o doente a um papel aceito perante a sociedade. Seu objetivo era simplesmente desenvolver estratégias que possibilitassem encaminhar o doente ao desenvolvimento do papel de trabalhador, desencadeando no interior da prática institucional, a centralidade no trabalho.

A partir desse modelo de Tratamento Moral, a Terapia Ocupacional, na década de 1920, construiu seu primeiro modelo de intervenção chamado de Processo de Emergência do Tratamento Moral.

Portanto:

“Esse é o modelo presente nas estratégias desenvolvidas, em termos contemporâneos, pelas perspectivas behavioristas que entendem o tratamento como treino de habilidades e comportamentos não apreendidos no processo de sociabilização primário de pessoas com transtornos mentais e deficientes mentais” (Mângia e Nicácio, 2001: p. 67).

A reformulação das propostas de oferta assistencial ao doente mental teve, inicialmente, como meta renovar o potencial terapêutico da psiquiatria e a sua humanização, além de promover uma melhor gestão institucional, identificando a necessidade de criar serviços na comunidade.

A ideia de intervir antes da crise a fim de evitar a eclosão da enfermidade visando a promoção da saúde mental, guiou o campo das intervenções terapêuticas e atualmente surge como referência orientadora das práticas assistenciais. Essa noção para a Terapia Ocupacional, de acordo com Mângia e Nicácio (2001), constitui um importante eixo, sendo que a própria configuração ou divisão em área de intervenção, que anteriormente era definida pelo campo psiquiátrico, passa a ser cada vez mais indicada diante da noção de saúde mental.

A partir desse contexto de mudanças, a Terapia Ocupacional desenvolve referenciais, entre os quais destacam-se dois que tornaram-se importantes no campo da saúde mental: a socioterapia e a psicodinâmica.

A perspectiva socioterápica permite a compreensão do sofrimento mental no contexto das relações pessoais e sociais e da concepção de que é no campo relacional que o indivíduo se constitui, readquirindo sentidos para o viver. Torna-se então um campo privilegiado para o processo de tratamento da pessoa e de transformação das instituições. Nesse momento, surgem estratégias de trabalho institucional como as abordagens grupais, as terapias individuais, as práticas de sociabilização, o trabalho com as famílias e a redefinição dos papéis profissionais dos terapeutas.

Mângia e Nicácio (2001) afirmam que as ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional eram consideradas por Luiz Cerqueira, importante defensor da implementação de uma política de saúde mental voltada para o desenvolvimento de serviços na comunidade, como possíveis constituintes de um principal eixo estruturador de mudanças no ambiente e nas práticas institucionais. Nessa perspectiva, seria fundamental desenvolver grupos operativos, oficinas, ateliês e clubes terapêuticos. Entendia-se que a Terapia Ocupacional poderia orientar a personalização dos espaços e o respeito à individualidade dos internos, não como técnica isolada, porém organizadora da dinâmica institucional.

A partir da década de 1960, em meio às mudanças do paradigma psiquiátrico tradicional e discussões sobre as políticas de saúde mental, a psicanálise ganha espaço. Surge a perspectiva psicodinâmica, que passa a compreender

gradativamente os fenômenos psíquicos. Verifica-se o deslocamento da abordagem, que antes era mais biológica para uma compreensão dinâmica, relacional e histórica do sofrimento mental, além de agenciar as práticas psicoterápicas grupais e individuais, podendo assim compreender as dinâmicas institucionais e seu funcionamento.

Essa nova forma de pensamento tornou-se influente para a Terapia Ocupacional, definindo-a como um processo de comunicação que se estabelece na relação terapeuta-paciente-atividade. A propagação dessa perspectiva no Brasil ocorreu devido ao trabalho desenvolvido por Benetton e colaboradores, que trazem importantes contribuições para a Terapia Ocupacional.

Mângia e Nicácio (2001) afirmam que Benetton reconhece as contribuições da psiquiatria norte-americana na reorganização da Terapia Ocupacional como também a importância da utilização das atividades expressivas, o manejo dinâmico das relações dual e grupal e o caráter terapêutico da relação e do processo. Porém, critica a forma como os autores faziam uso das noções psicanalíticas, passando a desenvolver uma metodologia de trabalho que é conhecida, até os dias de hoje, como “trilhas associativas”.

Essa abordagem metodológica possui em seus ideais norteadores a construção do conceito de que a dinâmica formada pela tríade terapeuta-paciente-atividade cria, conforme Mângia e Nicácio (2001), um campo transicional onde é possível que o paciente através do trabalho associativo com suas produções feitas nos *setting* terapêuticos, construa e reconstrua sua história.

Atualmente, de acordo com Mângia e Nicácio (2001), algumas discussões sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental apontam para a reflexão sobre questões importantes como a construção de uma nova relação terapeuta-paciente e/ou serviço-usuário envolvendo características de parceria e co-participação, possibilitando que o paciente participe da definição de seu projeto terapêutico e o desenvolvimento de processos terapêuticos nos ambientes reais de vida do indivíduo e de atividades que sejam significativas para o mesmo, além de responder às necessidades presentes em seu cotidiano.

6. ILUSTRAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA: RELATO DE CASO

Como Acadêmica Bolsista de saúde mental do município do Rio de Janeiro, fui alocada para a Superintendência de Saúde Mental do município no ano de 2013, no qual uma das minhas atribuições era acompanhar os Supervisores de Desinstitucionalização.

Além de mapear os casos de longa permanência das clínicas conveniadas ao SUS, referenciando aos CAPS responsáveis seus casos em institucionalização, os Supervisores de Desinstitucionalização consistia também em observar a boa realização dos serviços contratados, assegurar aos usuários uma transição do tratamento hospitalar para o cuidado ambulatorial, conforme alta hospitalar e mediar a integração da clínica conveniada à rede de saúde mental.

Então, os Supervisores de Desinstitucionalização mediam Grupos de Trabalho (GT's), pautado no território de cada paciente de longa permanência, onde são convocados os atores implicados de cada território como os CAPS, a instituição psiquiátrica conveniada ao SUS e, se possível, o próprio paciente e/ou os familiares, visando uma melhor construção de um projeto terapêutico.

Portanto, nesse período em que fui Acadêmica Bolsista em uma instituição psiquiátrica conveniada ao SUS acompanhei, durante 9 meses, o caso de José (nome fictício que utilizarei para descrever este relato de caso). Na ocasião do acompanhamento, José tinha 57 anos. É filho de um empresário do ramo imobiliário, já falecido, e vivia da herança paterna. Desde a adolescência, há relatos que José “não tinha limites”, era agressivo e fazia uso exagerado de álcool e drogas ilícitas, o que dificultava a relação do mesmo com a família e com os outros. Devido a isso, José passou a ir regularmente a consultas com um psiquiatra para tentar solucionar esse conflito interno e também com os seus familiares e amigos.

Em janeiro de 1999, José entrou em surto psiquiátrico e assassinou a tiros o seu médico, dizendo que o mesmo o perseguia, colocando fios em sua cabeça, fazendo com que suas energias fossem sugadas por aparelhos de TV.

José foi condenado pela Justiça, que determinou que ele fosse encaminhado a uma prisão preventiva, sendo transferido para o Hospital de Tratamento e Custódia Heitor Carrilho, no ano de 1999, no qual permaneceu por alguns anos.

Depois deste período, José retornou para a sua residência, além de ter sido encaminhado ao CAPS do seu território. Sem o suporte familiar e com o uso

frequente de drogas, José começou a ir cada vez menos ao CAPS, tendo uma nova crise, ocasionando em uma agressão ao síndico do seu prédio.

Essa nova situação também foi levada à Justiça, que encaminhou José para uma instituição psiquiátrica conveniada ao SUS. É nesse momento de sua vida que conheço José e começo a acompanhá-lo.

7. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: VALORIZAÇÃO DO SUJEITO E RECONSTRUÇÃO DE SUA IDENTIDADE

De acordo com Belini e Hirdes (2006), a institucionalização nos dá a ideia de que o indivíduo com transtorno mental é um sujeito com limitações físicas e psíquicas que necessitará de suporte para realizar as exigências da vida cotidiana e melhorar sua qualidade de vida. Esse pensamento reflete uma realidade encontrada em grande parte das pessoas institucionalizadas por longos períodos que ainda moram nos hospitais psiquiátricos.

Assim:

“Os pacientes psiquiátricos ‘estão’ nos hospitais psiquiátricos e a sua reabilitação tem a ver com esse ‘estar’. Um dos elementos fundamentais de sua qualidade de vida do ser humano é representado pelo quanto o próprio ‘estar’ se torna um ‘habitar’ este lugar. Estar em algum lugar não significa habitar este lugar, pois estar, para o indivíduo pode ter caráter simbólico, que pode significar não somente ter um lugar para morar, mas estar inserido na sociedade e na vida cotidiana. Este estar e habitar um lugar expressa-se em várias línguas: em português, casa e lar, em inglês, house e home e em espanhol, casa e hogar” (Belini e Hirdes, 2006).

O manicômio é o “lugar zero de troca” (ROTELLI, 2001), pois a tutela e a internação retiram estas possibilidades dos sujeitos, proporcionando apenas relações de dependência social. Por isso, a Reforma Psiquiátrica serve, de acordo com Belini e Hirdes (2006), para combater aquelas relações de exclusão social que, agora, inseridas novamente fora da tutela nas trocas sociais, estarão com possibilidades materiais de participar do contrato social. Portanto, acredita-se que é preciso modificar as histórias subjetivas e subjetivar os espaços e, assim, transformá-los em lugares de experimentar, de inventar, de exigir, de produzir recursos, de reconstruir direitos e de desmascarar privilégios.

O reconhecimento do indivíduo com transtorno mental enquanto sujeito que possui história de vida e desejos, conforme Belini e Hirdes (2006), possibilitou uma reformulação da forma de lidar com essas pessoas, deslocando o 'louco' da condição de doente mental e focando assim no sujeito, permitindo trazer diversos aspectos da problemática do seu cotidiano para além das questões de saúde.

Durante as reuniões de equipe de desinstitucionalização na instituição psiquiátrica onde fui Acadêmica Bolsista de Terapia Ocupacional, discutíamos e refletíamos como encaminharíamos a situação de cada um dos pacientes, e principalmente, do José. Após alguns meses de intensas discussões, decidimos chamar o próprio José para participar de uma reunião de equipe e discutir junto com ele a melhor opção de encaminhar o seu caso. Na sua primeira participação na reunião, José mostrou-se educado, pediu licença ao entrar na sala e cumprimentou todas as profissionais da instituição com um beijo na mão. Sentou-se na cadeira e começou a observar a mesa da reunião cheia de guloseimas, café e refrigerante. Não conseguiu se conter e logo pergunta se pode tomar um pouquinho de Coca-Cola. Ao permitirmos tal ação, ele pega o copo de Coca-Cola e uma fatia de pão e começa a chorar. Ao ser questionado, relata que fazia tempo que não tomava um copo de refrigerante.

Portanto:

“O trabalho de reabilitação dos pacientes nos hospitais psiquiátricos tem muito a ver com a humanização e os direitos, com a desinstitucionalização, com a subjetivação dos indivíduos, tem a ver com cada momento, com espaços concretos nos quais as pessoas podem falar, dormir, caminhar e comer; tudo isso é a vida cotidiana de cada pessoa. Essa cotidianidade não tem legitimidade no hospital psiquiátrico, onde essas funções são reguladas, controladas, sem qualquer esquema racional global, negando as banalidades do viver e negando os lugares e o tempo” (Belini e Hirdes, 2006).

Ao incluir José na discussão do rumo de sua própria vida, tornou-se possível que ele experimentasse algo da cotidianidade da vida, o que não lhe era facultado enquanto sujeito internado. Então nesse momento, José pôde sentir, se expressar e chorar, e assim se apropriar de ações que não executava há muito tempo.

Assim, a desinstitucionalização resulta no resgate da cidadania, sendo um processo cujo objetivo é valorizar o ser humano, para que o mesmo possa ser compreendido como sujeito que possui a condição e os direitos de escolha, tendo a

oportunidade de fazer-se cidadão e ter sua vontade e fala validadas, fazendo-se cidadão, portanto.

Porém, ao longo da história, diversas foram as formas de se compreender o processo de desinstitucionalização, formas estas que até os dias atuais ainda atravessam a clínica em saúde mental. Segundo Amarante (2010), a desinstitucionalização surge inicialmente com a noção de desospitalização.

Embasada em uma crítica ao modelo da organização psiquiátrica, a desinstitucionalização entendida enquanto desospitalização, concentra-se em objetivos administrativos como a redução dos custos da assistência para os cofres públicos e não para uma transformação real da natureza da assistência. Sendo assim, o hospital psiquiátrico não era colocado em questão (AMARANTE, 2010).

Então, essa tendência compreendida como desospitalização enfrenta a questão manicomial sem superar o modelo clínico, não assegurando aos pacientes um tratamento adequado. Isso resultaria no desamparo aos pacientes crônicos nos cuidados gerais, terapêuticos e na assistência humana.

A desinstitucionalização, que nasceu como crítica à ampliação do modelo psiquiátrico propicia nesse contexto ampliar o território psiquiátrico, alargando o conceito de doença para o de desvio, desajustamento, anormalidade.

Essa perspectiva, segundo Amarante (2010), denominada de preventismo, tem sido uma referência teórica importante para uma estratégia inaugural de patologização e normatização do social, proporcionando novas tecnologias e referenciais para a inserção do sofrimento psíquico e do mal estar social no rol das patologias.

Amarante (2010) diz, ainda, que existem determinados segmentos extremamente conservadores que se opõem à desinstitucionalização, resistindo a qualquer ideia que almeje ampliar os direitos e a igualdade dos setores considerados minoritários, seja por credo, raça, cor, doença ou condição social. Também há aqueles que possuem interesses específicos na organização atual da psiquiatria, para os quais o termo desinstitucionalização interferiria diretamente nesses mesmos interesses.

Já o entendimento da desinstitucionalização como desconstrução é a concepção mais próxima do que vivenciamos nos dias atuais. Birman (1992) refere-se a uma tendência que também inspirou o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, caracterizado pela crítica epistemológica ao saber médico que constitui a

psiquiatria. Essa crítica possibilitou que a cidadania ultrapassasse o sentido do valor universal para colocar em pauta o conceito de doença mental, que determina limitações aos direitos dos cidadãos com transtornos mentais.

Diferenciando-se dos lemas preventistas – ‘saúde para todos no ano 2000’ ou do ‘ideal da saúde mental’ - se estabelece então, conforme Amarante (2010), estratégias imediatas como o combate pela extinção das instituições da violência, refletindo um processo ativo de construção de uma nova realidade em torno da loucura e da psiquiatria.

Segundo Amarante (2010), a desinstitucionalização é construída baseando-se em outras duas novas noções: a institucionalização e o poder institucionalizante. Ambos os conceitos abordam e mostram a densidade do processo de institucionalização, sinalizando a real dimensão desinstitucionalizante. Essa nova concepção acentua a ideia de “vazio emocional do enfermo, uma vez que este ultrapassa o muro da internação e demarca os efeitos da institucionalização sobre o institucionalizado, que se configuram como de caráter mais nocivo que terapêutico” (AMARANTE, 2010, p. 83). Ou seja, a institucionalização começa a ser vista como um novo problema, que impõe sofrimento e alienação, não sendo, portanto, uma solução terapêutica para a enfermidade mental.

Observo esse fato quando me deparo, mais uma vez, com José debruçando-se em lágrimas relatando que havia tempos que não conversava com pessoas normais como a gente, referindo-se a nós profissionais da instituição, pois ele só estava “*convivendo com gente maluca e que não dava para estabelecer conversa sadia com os mesmos*” (sic). Nesse momento, percebo o quanto a internação o angustiava, pois José tinha a necessidade de conversar sobre diversos assuntos com os outros internados, mas não via como possível, já que não tinham acesso aos meios de informação e comunicação, o que tornava limitado a discussão de assuntos.

Amarante (2010) acredita que durante o período de internação institucional ocorre a mortificação do eu, ou seja, um “processo de desfiguração, profanação e violação do sujeito institucionalizado” (AMARANTE, 2010, p. 84).

Para Basaglia (1981, p.259) ‘institucionalização’ é:

“o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma

progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional”.

Durante o dia-a-dia na instituição, José era uma pessoa calada, resignada, falava apenas o necessário com os outros internados, andava a esmo entre os pavilhões, sempre atento e desconfiado, nunca se afastando por muito tempo de sua enfermaria e de sua cama. A postura do José, contudo, mudava quando nos encontrava na reunião de equipe ou nas dependências da instituição. Bem diferente do relato anteriormente, José vinha ao nosso encontro, radiante, sempre nos indagando alguma questão relacionada ao seu processo de saída da instituição ou sobre algum fato que lhe ocorreu ou de alguma lembrança de sua vida antes da internação.

José estava mergulhado em uma rotina institucional, completamente “desfigurado”, sem interesses e perspectivas. Porém, com a presença da nossa equipe de desinstitucionalização, servindo como estimuladora de vida, José sentiu-se a vontade e acolhido para falar de outros assuntos, demonstrar interesses e opiniões.

Então, Amarante (2010) afirma que o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais, entendido como poder institucionalizante, acontecem quando:

“o doente, fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, e forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível” (BASAGLIA, 1981, p.259).

Para Amarante (2010), esses conceitos de institucionalização e poder institucionalizante iniciam o processo de desmontagem prático-teórica do manicômio e possuem dois aspectos principais: a luta contra a institucionalização do ambiente externo e a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar.

A construção do projeto de desinstitucionalização do José não foi fácil. José queria retomar para sua vida de anterior, ou seja, voltar para o apartamento em que antes morava; porém havia muitos obstáculos pela frente. Os moradores do prédio onde José morava não queriam que ele voltasse para lá, com medo de um novo surto. A família não quis oferecer assistência ao mesmo. E a equipe do CAPS mostrava-se omissa frente às necessidades do José.

Podemos perceber então que todas as redes externas a José estavam com dificuldades em recebê-lo, e isso impedia que um trabalho de investimento em sua vida e de desinstitucionalização pudesse ser construído. Todas as indicações dos atores externos apontavam para a continuidade da permanência de José no hospital.

A luta contra a institucionalização do ambiente externo, conforme Amarante (2010), é transformar a sociedade na forma com que a mesma lida com a loucura, e não somente lutar por uma transformação interna do manicômio. Pois, acredita-se que as reformas exclusivamente asilares “não problematizam sua função institucional precípua, na medida em que não problematizam a relação dentro-fora” (AMARANTE, 2010, p.85).

Assim, observa-se a necessidade de:

“inventar novas estratégias que (...) possam fluidificar as relações dentro-fora da instituição, abolir o automatismo e a violência da internação forçada, criar novos níveis de troca e de relações, não tanto em condições de humanizar a instituição, mas de suplantá-la e substituí-la por uma organização alternativa” (BASAGLIA, FRANCO & GALLO, 1991, p.38).

Já a luta contra a institucionalização do corpo hospitalar procura, de acordo com Amarante (2010), refletir sobre o papel do técnico, da ciência e das instituições, contribuindo então para organizar a intervenção prática sobre o papel dos profissionais da saúde e da psiquiatria como ideologia, provocando discussões sobre a função que é destinada a esses profissionais pela sociedade de administrar as populações rotuladas de “desviantes”.

Estigmatizado devido a sua história, José causava medo entre os funcionários da instituição psiquiátrica, que, muitas das vezes, evitavam passar, estar perto ou até mesmo estabelecer contato visual com o mesmo. Esses receios da equipe do hospital acabaram afastando-a do José. Por isso, tal fato tornou-se pauta recorrente nas discussões de equipe de desinstitucionalização, visando desmistificar o estigma vivo.

Segundo Amarante (2010, p.87), a desinstitucionalização transforma-se em um processo não focado apenas no hospital psiquiátrico, já que a instituição psiquiátrica não é somente compreendida como o manicômio, porém no “conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria”.

Então:

“o processo de desinstitucionalização é a desconstrução dos conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contém não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos” (AMARANTE, 2010, p.87).

A desinstitucionalização coloca-se, segundo Amarante (2010), em um processo que visa desconstruir os saberes e as práticas psiquiátricas, possibilitando identificar e desmontar o conceito de doença mental, trabalhando assim com o sujeito concreto, que foi escondido pelo tal conceito de doença, podendo promover uma intervenção prático-teórica através de novas formas de lidar, porém não mais com a doença e sim com o sujeito em sofrimento.

8. COTIDIANO E TERAPIA OCUPACIONAL: A RETOMADA DA RELAÇÃO SUJEITO-HISTÓRIA

Na última década, algumas dissertações e publicações passaram a utilizar o conceito COTIDIANO, incorporando o mesmo como unidade de análise. Porém, a Terapia Ocupacional desde seu início vem utilizando “a ideia de vida diária impressa em seu significado” (GALHEIGO, 2003, p.104), caminhando, portanto, do tradicional treinamento das atividades de vida diária para a atual ressignificação do cotidiano.

Etimologicamente, conforme Kujawsky (1988), cotidiano significa “cada dia”, ou seja, uma unidade de medida da sucessão da vida humana, que é composta de um dia após o outro. Porém, de acordo com Galheigo (2003), o filósofo Henri Lefèbvre acreditava que o cotidiano vai além de um simples conceito e que a partir da crítica a essa vida cotidiana é possível compreender as criações humanas, as ideias, os valores e sentimentos e assim conhecer a própria sociedade. Então, o cotidiano pode ser compreendido:

“como o centro real da práxis, onde se realiza o movimento de produção e de reprodução das relações sociais, onde se dá a produção do ser humano, no curso de seu desenvolvimento histórico” (LIMA, 1983, p. 43).

Galheigo (2003) afirma que as sociedades em seu tempo e contexto geram sua própria cotidianidade, organizando o espaço e o tempo, modificando os comportamentos individuais e coletivos e as formas de produção e atividades principais; entretanto, a estrutura da vida cotidiana permanece. Portanto, o cotidiano

“não está fora da história, mas no centro do acontecer histórico” (HELLER, 2000, p. 20).

O conteúdo e a significação do cotidiano são heterogênicos, isto é, o dia-a-dia é composto por diversas atividades humanas. Conforme Heller (2000, p.18), “são partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres, e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação”.

A singularidade do sujeito marca o cotidiano que ganha contorno de acordo com as suas necessidades, valores, crenças e afetos. Assim, “o cotidiano de cada pessoa é único e irrepitível na medida em que a unicidade e a irrepitibilidade são características inequívocas da condição humana” (GALHEIGO, 2003, p. 106).

A subjetividade na vida cotidiana permite que as pessoas deem significado as suas experiências, compreendendo e interpretando sua realidade social, mostrando que possuem ou buscam ter autonomia de determinar o percurso de suas vidas, exercendo de forma livre seus pensamentos e atendendo seus desejos e anseios.

Portanto, de acordo com Galheigo (2003), a cotidianidade se faz acontecer no momento em que o singular e o coletivo se encontram ao buscar a satisfação das necessidades pessoais e, também, das necessidades coletivas.

“Assim, lidar com o cotidiano é sempre intervenção que exige um lidar com a concretude do homem, esse movimento de múltiplas relações. O cotidiano não é rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que levam a um fazer por fazer. O cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa prática transformadora, é o social; é o contexto em que vivemos” (FRANCISCO, 2001, p. 76).

Incluir José na discussão de sua própria vida nas reuniões de equipe foi uma forma dele lidar com o cotidiano, pois lhe possibilitava resgatar suas histórias de vida e sua identidade, ter poder de escolhas, exercer a cidadania, além de construir uma nova história, sendo um sujeito ativo de sua vida.

Entretanto, Galheigo (2003, p. 106) afirma que o Estado, as instituições e corporações são “produtores e controladores tenazes da vida cotidiana”, que promovem processos de disciplinarização, normatização e normalização do cotidiano de pessoas submetidas à essas regulações, como nos casos dos indivíduos internados em hospitais psiquiátricos, dificultando a construção do dia-a-dia, gerando uma quebra do reconhecimento mútuo entre o sujeito e o contexto ao seu redor.

Na instituição onde José se encontrava, esse processo de disciplinarização, normatização e normalização era visto na hora do almoço, por exemplo. Quando dava o horário estipulado pela instituição para servir o almoço, soava um forte sinal sonoro, fazendo com os todos os sujeitos internados, de forma robotizada, fossem para o refeitório para formar uma fila. Assim, cada indivíduo recebia um prato plástico e uma colher, e a porção de comida era servida igualmente para todos, não tendo a opção de escolha de cardápio ou repetir a refeição, caso quisesse.

Isso, de acordo com Takatori (2001), promove situações de dificuldades de inserção social, inserção esta que possibilitaria um fazer singular conforme uma forma particular de ser, tornando a ação em uma realidade compartilhada, uma particularidade pessoal, levando a uma transformação interna em meio a essa realidade externa.

Porém, a diferença pela falta e seus desdobramentos resultam, conforme Benetton (1999), na exclusão social, que é um conceito que dá forma à clientela alvo da Terapia Ocupacional. Pessoas com déficits de ordem social, física ou psíquica tornam-se indivíduos necessitados que “está (ão) socialmente excluído (s) de uma parte significativa das atividades sociais” (BENETTON, 1999, p. 109).

Então, os primeiros encontros entre terapeuta ocupacional e o paciente, que são fundamentais para compor um diagnóstico situacional, possibilitam encontrar histórias de indivíduos que possuem indícios de ausência ou desorganização das atividades que fornecem base para o cotidiano. São relatos de pessoas que ficam no tempo à espera do almoço, do jantar, do banho, da consulta médica, da terapia. Ou seja, não existe um sujeito que vive o seu tempo, mas sim um tempo que determina atividades incorporadas no seu dia-a-dia.

Algumas das queixas apresentadas por José em uma das reuniões de equipe eram: de ele encontrar-se ali preso em um local, aparentemente, sujo, dividindo o quarto com dezenas de pessoas diferentes, usando roupas usadas, comendo comida que muitas vezes não era do seu gosto, tendo hora para acordar, para tomar o café da manhã, para tomar as medicações, não podendo escolher o canal da TV, o sabonete que queria usar, dentre outras coisas.

A rotina institucional de um hospital psiquiátrico retrata as atividades diárias sendo realizadas por um grupo de pessoas que estão em um mesmo local, com horários preexistentes, independentemente da necessidade ou desejo de estar, e o relato de José ilustra esse fato. A rotina institucional, de acordo com Auler e Piráquine

(2010), acaba promovendo uma padronização dos comportamentos, interferindo diretamente na personalidade daqueles sujeitos habitantes.

Auler e Piráquine (2010) afirmam que a longa permanência na instituição agravará ainda mais o quadro comportamental, fazendo com que os sujeitos incorporem uma padronização em que não é possível observar diferenças corporais, psicológicas e sociais.

Assim:

“ (...) se a estrada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento” – isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária” (GOFFMAN, 1961, p. 23).

Após a saída de sua primeira passagem por uma instituição psiquiátrica, José retornou para o convívio familiar, além de ser encaminhado para Centro de Reabilitação Psicossocial – CAPS do seu território. Inicialmente, José ia ao CAPS frequentemente, construindo vínculo com uma profissional do serviço. Porém a família deixou de prestar suporte e assistência ao José, devido ao medo. Em consequência, José acabou abandonando os atendimentos no CAPS, voltando a utilizar drogas.

Os sujeitos, conforme Auler e Piráquine (2010), que estão há muitos anos em uma instituição psiquiátrica deixam de se apropriar de seus desejos e/ou da capacidade de assumi-los, não sendo, portanto, sujeitos ativos de suas histórias. Isto é, encontram-se presos em um tempo institucional, onde ficam à espera de atividades organizadas pelo outro, como atividades de vida diária e alguns atendimentos que são uniformemente organizados pela equipe técnica.

Portanto, de acordo com Takatori (2001, p. 372), ao considerarmos “que o fazer do sujeito sustenta a construção do seu cotidiano, onde a rotina existe, mas é singular, pois é vivida e realizada de modo pessoal”, podemos perceber que a assistência da Terapia Ocupacional no processo de desinstitucionalização tem uma participação muito significativa. Enquanto campo de conhecimento, contribuirá para a construção de um novo cotidiano para o paciente que está em longa permanência em uma instituição psiquiátrica, oferecendo espaços nos quais relações saudáveis possam acontecer, por meio da relação terapeuta-paciente e futuramente em outras relações e espaços sociais, possibilitando a inserção social do sujeito.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização faz com que os indivíduos com transtorno mental incorporem e intensifiquem dificuldades ao desenvolver atividades rotineiras, devido a sua permanência em um lugar extremamente fechado, sem poder ter nenhuma liberdade de escolha, sem a possibilidade de cuidar de si mesmos e nem de exercer dignamente sua cidadania. A singularidade dos sujeitos desenha o cotidiano e ganha contorno conforme se apresentam as necessidades, desejos e anseios de cada um.

Então, a noção de desinstitucionalização é construída como possibilidade de resgatar a cidadania e valorizar o ser humano, possibilitando que o mesmo seja reconhecido como um sujeito com direitos de escolha, além de fazer-se cidadão, com sua vontade e fala validadas.

Quando chegamos na instituição psiquiátrica, observamos que José encontrava-se, como anteriormente relatado, calado, resignado e passivo. Com o trabalho cotidiano de estimulá-lo em suas individualidades, José começou, aos poucos, a expressar desejos e interesses, se afirmando como sujeito ativo de sua história de vida, construindo um cotidiano singular e desconstruindo a alienante rotina institucional.

O cotidiano do sujeito acontece no encontro da realidade exterior com a realidade psíquica, por meio da sua rede de relações sociais, nas atividades de autocuidado, automanutenção e tarefas domésticas. Assim, o fazer do sujeito constrói o seu cotidiano, que apesar da existência da rotina, o mesmo é singular já que é vivida e realizada de modo subjetivo.

Por isso, o terapeuta ocupacional tem um papel privilegiado no processo de desinstitucionalização. Como profissional que se debruça sobre o cotidiano dos sujeitos, ele pode contribuir na reconstrução da vida de um sujeito que está em longa permanência em uma instituição psiquiátrica, favorecendo a que esse indivíduo reflita sobre o seu cotidiano, seus desdobramentos e sua rotina aparentemente imutável e se reconheça como fazedor de sua história.

Em meio à participação do José nas reuniões de equipe de desinstitucionalização foi possível conversar com ele sobre sua vida antes e durante as longas internações no hospital psiquiátrico. A cada encontro, José relembrava de antigos fatos e acontecimentos, relacionava-os com o momento atual, pensava,

discutia e indagava sobre algumas sugestões para o seu futuro. E dessa forma, José pôde aos poucos começar a reconstruir o seu cotidiano.

Dessa maneira, busca-se auxiliar o sujeito a encontrar-se consigo mesmo e com os outros, além de resgatar sua história de vida através de situações que se modificam em experiências significativas para ele na relação terapeuta-paciente. No caso do José, por exemplo, uma simples conversa que tínhamos durante uma reunião de equipe transformava-se em experiências importantes para ele naquele contexto institucionalizante no qual se encontrava.

Portanto, a terapia ocupacional irá fornecer ao sujeito institucionalizado um lugar de experiência no campo do fazer para que possa construir ou reconstruir a sua vida cotidiana. Assim, resgatará elementos da sua singularidade, possibilitando que esses indivíduos apropriem-se dos seus desejos ou da capacidade de assumi-los, tornando personagens ativos de sua história, independentemente da doença ou da deficiência que possui.

REFÊRÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C., et al. 1995. **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.

AMARANTE, P. D. C.; **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 4ª edição.

AULER, L. M. D. G.; PIRÁGINE, M. **Os significados do cotidiano**. In: Revista CETO, ano 12, nº 12, 2010, p. 9–13.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel: Desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. **La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico – realtà i prospettive**. In: BASAGLIA, F. O. (Org.) *Basaglia Scritti I*. Torino: Einaudi, 1981. p. 259 – 282.

BASAGLIA, F.; GALLO, G. **Vocação terapêutica e luta de classes – para uma análise crítica do modelo italiano**. In: DELGADO, J. (Org.) **A loucura na sala de jantar**. Santos: edição do autor, 1991.

BELINI M.G., HIRDES, A. **Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental**. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):562-9.

BENETTON, M. J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na prática da terapia ocupacional**, 2.ed., São Paulo, Diagrama & Texto/CETO, 1999.

BENETTON, M. J. et al. **Terapia Ocupacional – 40 anos**. In: **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, n.5, p. 3-5, set. 2000.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade média**. São Paulo: Editora Perspectivas, 1961.

FRANCISCO, B. **Terapia Ocupacional**. 2.ed. Campinas: Papyrus, 2001.

GALHEIGO, S. M. **O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico social**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. Editora Perspectiva S.A. São Paulo, 1996, p. 23.

GUEDES, A.C., KANTORSKI, L.P.; PEREIRA, P.M.; CLASEN, B.N.; LANGE, C., MUNIZ, R. M. **A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa**. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(3) : 547 – 553.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

KUJAWSKI, G. M. A crise do cotidiano. In: **A crise do século XX**. São Paulo, Ática, 1988.

LIMA, S. **Participação social no cotidiano**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1983.

MÂNGIA, E, F. **A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, v.11, n.1,p.28-32,jan./abr, 2000.

MÂNGIA, E.F; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C.

Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. **Desinstitucionalização.** 2a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

TAKATORI, M. **A terapia ocupacional no processo de reabilitação no processo de reabilitação: construção do cotidiano.** Mundo da Saúde, v, 25, p. 371-7, 2001.